

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង**

សម្រាប់ការទាមទារសំណងបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ ឬជំងឺ ការមិនបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សំណងពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ និងមរណភាព ពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកដែលមានសិទ្ធិទាមទារសំណង ស្របតាមវិធានសម្រាប់ការទាមទារសំណង ដូចជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកទទួល ផល។ ពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានចេញដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ហ្វតេ ឡាយហ្វី អ៊ីនស្វ័រ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ដោយមិនមានការសន្យាជាមុនថា នឹងទទួលខុសត្រូវលើសំណង ហើយអ្នកទាមទារសំណងត្រូវប្រគល់មកឱ្យក្រុមហ៊ុនជាឯកសារច្បាប់ដើម ជាមួយនឹងឯកសារគាំទ្រផ្សេងៗដែលតម្រូវដោយ ក្រុមហ៊ុន នៅការិយាល័យកណ្តាល ឬការិយាល័យសាខាណាមួយរបស់ក្រុមហ៊ុន។

អត្ថប្រយោជន៍ ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវទូទាត់ទៅទៅឱ្យម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវបានផ្ទេរដោយម្ចាស់បណ្ណ សន្យារ៉ាប់រង ទៅឱ្យបុគ្គលផ្សេង ក្នុងលក្ខខណ្ឌថាការផ្ទេរត្រូវបានជូនដំណឹងមកកាន់ និងបានចុះក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ក្រុមហ៊ុន ក្នុងអំឡុងពេលអ្នក ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅមានជីវិត នោះអាទិភាពនៃការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវប្រគល់ទៅឱ្យបុគ្គលដែលត្រូវបានចុះក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង ទិន្នន័យរបស់ក្រុមហ៊ុន មុនម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកទទួលផលណាមួយ។ ការផ្ទេរបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង គឺជាកិច្ចសន្យារវាងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នក ទទួលបានផ្ទេរសិទ្ធិ។ ក្រុមហ៊ុនមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសុពលភាពនៃកិច្ចសន្យាផ្ទេរនេះឡើយ។ មានតែកិច្ចសន្យាផ្ទេរដែលត្រូវបានជូនដំណឹងមកកាន់ក្រុមហ៊ុន ក្នុងអំឡុងពេលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានជីវិត ប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចត្រូវបានចុះក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ក្រុមហ៊ុន។

ក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ លោកអ្នកត្រូវបំពេញព័ត៌មាន និងដាក់ឯកសារគាំទ្រឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ មកកាន់ក្រុមហ៊ុន ក្នុង អំឡុងពេល ៣០ (សាមសិប) ថ្ងៃ ដែលជាលក្ខខណ្ឌចំបងមុននឹងក្រុមហ៊ុនអាចពិនិត្យលើការទាមទារសំណង និងវិនិច្ឆ័យលើការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្លួន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពន្យល់ ឬការណែនាំបន្ថែម  
សូមទំនាក់ទំនងមកកាន់ក្រុមហ៊ុនតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ (+៨៥៥)២៣ ៨៨៨ ៨៨៨ ឬអ៊ីមែល [info@fortelifeassurance.com](mailto:info@fortelifeassurance.com) ។

**ផ្នែកទី ១ ៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង**

សូមបំពេញផ្នែកនេះ សម្រាប់រាល់ប្រភេទនៃសំណង

ឈ្មោះ (ជាភាសាខ្មែរ)	ឈ្មោះ (ជាភាសាឡាតាំង)	ភេទ
ស្ថានភាពគ្រួសារ៖	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត៖	
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលមានសុពលភាព ជាមួយក្រុមហ៊ុន	១.	២.
		៣.
ប្រភេទនៃសំណង៖	<input type="checkbox"/> មរណភាព <input type="checkbox"/> ការមិនបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង (“Waiver of Premium”) <input type="checkbox"/> ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍	

ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	លេខទំនាក់ទំនង៖	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ៖
	អាសយដ្ឋានអីមែល៖	
មុខរបរ៖  <i>សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមរបស់លោកអ្នកក្នុងតារាង ខាងស្តាំនេះ</i>	តួនាទី៖	ឈ្មោះរបស់និយោជក៖
	ប្រភេទមុខរបរ៖	អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក៖
តើលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬទេ?  <i>សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមរបស់លោកអ្នកក្នុងតារាង ខាងស្តាំនេះ</i>	ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/ឈ្មោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ ឆ្នាំមានសុពលភាព	
	១.	
	២.	
	៣.	
តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានបានបន្ទុល ទុកបណ្តាំមរតក ឬទេ?		
<b>ផ្នែក ២ ៖ អត្ថប្រយោជន៍មរណភាព</b>		
សូមបំពេញផ្នែកនេះ ករណីការទាមទារសំណងមរណភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬការមិនបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យា រ៉ាប់រង		
កាលបរិច្ឆេទមរណភាព៖		
ទឹកនៃមរណភាព៖		
មូលហេតុមរណភាព៖		
<b>កំណត់សម្គាល់៖</b> ប្រសិនបើមរណភាពបណ្តាលមកពីជំងឺ សូមបន្តបំពេញ <b>ផ្នែក ក</b> ខាងក្រោម។ ប្រសិនបើមរណភាពបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ សូមបន្តបំពេញ <b>ផ្នែក ខ</b> ខាងក្រោម។		
<b>ផ្នែក ក ៖ មូលហេតុបណ្តាលមកពីជំងឺ</b> សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម ប្រសិនបើការទាមទារសំណងរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានមូលហេតុបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់។		
រោគវិនិច្ឆ័យ៖		
តើអ្វីទៅជាពេទ្យសញ្ញាណ ឬអាការៈចុង ក្រោយមុនការបាត់បង់?		

តើរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាហើយដែលលោកអ្នកបានដឹងអំពីភាគីនិច្ចយនៃជំងឺនេះ?	សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមក្នុងតារាងនេះ៖	
	សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ ឬប្រាប់រយៈពេលប៉ុន្មានដែលលោកអ្នកបានទទួលការប្រឹក្សា ឬការព្យាបាលដំបូង?	តើនៅពេលណាដែលលោកអ្នកកត់សម្គាល់ឃើញរោគសញ្ញាដំបូងនៃជំងឺនេះ?

តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានទទួលការសម្រាកព្យាបាល និង/ឬពិគ្រោះយោបល់កន្លងមកនៅមន្ទីរពេទ្យណាខ្លះ?  <i>សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមរបស់លោកអ្នកក្នុងតារាងខាងស្តាំនេះ</i>	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរពេទ្យ	កាលបរិច្ឆេទ	មូលហេតុ
	១.		
	២.		
	៣.		

តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានជំងឺ ឬរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត ឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន <i>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីជំងឺ និងកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោមនេះ៖</i>	
		កាលបរិច្ឆេទ៖
		កាលបរិច្ឆេទ៖

**ផ្នែក ៣៖ អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍**

សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម ប្រសិនបើការទាមទារសំណងរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍

កាលបរិច្ឆេទអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតមានពិការភាព៖	
តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតមានពិការភាពត្រង់ណា?	
តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាចបំពេញការងារ ដូចប្រកតិដៃ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> អាច <input type="checkbox"/> មិនអាច <i>ប្រសិនបើមិនអាច សូមផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងតារាងខាងក្រោម៖</i>
តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាចដើរបាន ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> មិនបាន <i>ប្រសិនបើមិនអាច សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖</i>
មូលហេតុនៃពិការភាព៖	

**កំណត់សម្គាល់៖**  
 ប្រសិនបើពិការភាព បណ្តាលមកពីជំងឺ សូមគ្រលប់ទៅបំពេញ **ផ្នែក ក** ខាងលើ។  
 ប្រសិនបើពិការភាព បណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ សូមបន្តបំពេញ **ផ្នែក ខ** ខាងក្រោម។

**ផ្នែក ខ ៖ មូលហេតុបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់**  
 សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម ប្រសិនបើការទាមទារសំណងរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានមូលហេតុបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់។

កាលបរិច្ឆេទមានគ្រោះថ្នាក់៖		
ទីកន្លែងមានគ្រោះថ្នាក់៖		
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីគ្រោះថ្នាក់៖		
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីរបួស		
មន្ទីរពេទ្យ/មន្ទីរពេទ្យពេទ្យបាល ដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបញ្ជូនទៅ៖	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរពេទ្យ	កាលបរិច្ឆេទ
តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬទេ? សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមរបស់លោកអ្នកក្នុងតារាងខាងស្តាំនេះ	ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/ឈ្មោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ឆ្នាំមានសុពលភាព	
	១.	
	២.	
	៣.	

**ផ្នែក ៤ ៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នកទាមទារសំណង**  
 សូមបំពេញផ្នែកនេះ សម្រាប់ករណីការទាមទារសំណងលើអត្ថប្រយោជន៍មរណភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដោយអ្នកទាមទារសំណង។

ក្នុងករណីទាមទារសំណងលើអត្ថប្រយោជន៍មរណភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អត្ថប្រយោជន៍ដូចបានកំណត់ក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នឹងត្រូវទូទាត់ទៅឱ្យអ្នកទទួលបាន តាមចំនួនភាគរយនៃអត្ថប្រយោជន៍ ដូចបានកំណត់ក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង ឬកិច្ចសន្យាតែប្រែចុងក្រោយដែលមានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបានចុះក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ក្រុមហ៊ុនត្រីមត្រូវ។ ក្នុងករណីអ្នកទទួលបានផលបាត់បង់ជីវិតទន្ទឹមនឹងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្នកទទួលបានផលថ្មី នឹងត្រូវជ្រើសតាំងអនុទ្រោមតាមច្បាប់រដ្ឋប្បវេណី ដែលមានចំនួនភាគរយនៃអត្ថប្រយោជន៍ស្មើៗគ្នា។

ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត	អាសយដ្ឋាន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
អ្នកទាមទារសំណងទី ១			
អ្នកទាមទារសំណងទី ២			
អ្នកទាមទារសំណងទី ៣			

ប្រសិនបើអ្នកទាមទារសំណងមានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវតំណាងដោយអ្នកតំណាងម្នាក់ដែលមានអំណាចមេបា ក្នុងការទាមទារសំណងនេះ។ សូមបំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកតំណាងក្នុងតារាងខាងលើ។

**ការធានាអះអាង**

**ខ្ញុំសូមអះអាង និងប្រកាសថា**

- ខ្ញុំជាអ្នកទាមទារសំណងត្រឹមត្រូវ សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង និង/ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតក្នុងនាមអ្នកទាមទារផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើការទាមទារសំណងនេះ។
- ខ្ញុំបានឆ្លើយក្នុងពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងយ៉ាងពេញលេញ និងដោយស្មោះត្រង់ ហើយមិនបានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយ ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាពឡើយ។
- ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ហ្វតតេ ឡាយហ្វ អ៊ីស្ត្រូនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក មានសិទ្ធិបដិសេធរាល់ការទទួលខុសត្រូវ ឬបដិសេធការទាមទារសំណង ប្រសិនបើផ្នែកណាមួយនៃព័ត៌មានខាងលើមិនពិត មិនពេញលេញ ឬមិនត្រឹមត្រូវ។
- ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិសាកសួរព័ត៌មានបន្ថែម និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ ដើម្បីស៊ើបអង្កេតការទាមទារសំណង សាកសួរដល់ក្រុមគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬអង្គការផ្សេងៗ និងគោលបំណងផ្សេងៗអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

---

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង  
ឈ្មោះ  
លេខទំនាក់ទំនង